280

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

THOMAS Yves

Né à Baugé (Maine-et-Loire), le 22 Novembre 1884

Contribution à l'Étude

DE

L'Œdème Unilatéral

Président : M. le Professeur CHAUFFARD.

PARIS

Librairie de la Faculté de Médecine

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SÉGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	X.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinion émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérée commepropres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation n improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection
et de vive reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR U. MONNIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons remercier ici tous nos maîtres à l'école de médecine et dans les hôpitaux de Nantes, pour les conseils éclairés et bienveillants qu'ils nous ont toujours prodigués au cours de nos études.

Nous sommes heureux de remercier tout particulièrement, M. le professeur U. Monnier qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui a bien voulu nous diriger dans notre modeste travail. Nous n'oublierons pas les leçons cliniques qu'il nous a données au lit des malades, et nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance et de notre très respectueux souvenir.

Nous remercions enfin M. le professeur Chauffard du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1911, nous eûmes l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Urbain Monnier, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Nantes, un malade présentant un œdème localisé à toute la moitié gauche du corps. Cet œdème, qui s'était développé alors que le sujet était atteint d'une lésion pleuro-pulmonaire située du même côté, ne pouvait reconnaître qu'une origine nerveuse et fut attribué à un phénomène d'ordre réflexe.

Vu la rareté des cas analogues et sur les conseils de notre maître, M. le professeur Urbain Monnier, nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse.

Depuis les travaux et les expériences de Claude Bernard et de Ranvier, le rôle du système nerveux dans la production des œdèmes est définitivement démontré. A côté des infiltrations reconnaissant pour origine une cause mécanique ou dyscrasique, on trouve celles dues à des troubles de l'innervation vasculaire.

Ces troubles peuvent avoir pour origine l'irritation d'un filet nerveux périphérique ; irritation qui, transformée en excitation centripète, se réfléchit sur les centres vaso-moteurs et se traduit en retour par un œdème localisé à la région dont l'innervation a été compromise ou même dépassant le territoire de cette région, gagne une partie étendue du corps.

Ce sont ces œdèmes qui, par le mécanisme de leur production, ont reçu le nom d'œdèmes réflexes. Les œdèmes unilatéraux, que nous nous proposons d'étudier, se rattachent à cette catégorie des œdèmes réflexes. Consécutive à une lésion et à une excitation nerveuse périphérique, l'infiltration sous-cutanée s'étend à toute la moitié correspondante du corps, remarquable par cette asymétrie.

Nous avons laissé de côté, dans cette étude, l'œdème unilatéral qui se manifeste fréquemment chez les hémiplégiques et qui occupe le côté paralysé. Cet hémi-œdème doit en effet être interprété de façon tout autre que celui que nous nous proposons d'étudier ; il ne peut être question, dans de pareils cas, d'irritation périphérique et centripète. L'œdème unilatéral des hémiplégiques dépend directement de l'influence de la lésion nerveuse centrale et peut-être aussi, comme le prétend Vulpian, de la paralysie des muscles ; ce n'est pas un œdème réflexe.

Les observations d'œdème unilatéral réflexe que nous avons pu recueillir pour les joindre à la nôtre sont malheureusement peu nombreuses ; cependant nous avons pensé que le fait de les rassembler dans

une sorte de monographie pourrait présenter quelque intérêt.

Nous nous sommes arrêtés, pour la division de cet ouvrage, au plan suivant : Dans les deux premiers chapitres nous publierons les observations d'hémi-œdème ; le premier ayant trait aux cas consécutifs à des lésions pleuro-pulmonaires, le second ceux observés après des lésions de la région rénale.

Dans un troisième chapitre nous étudierons la valeur séméiologique de cet œdème. Le quatrième sera consacré au diagnostic et le cinquième à la pathogénie. Enfin nous arriverons aux conclusions.

CHAPITRE PREMIER

L'œdème unilatéral dans les affections pleurales

Dans les observations de ce chapitre, l'œdème unilatéral est apparu chez des individus présentant une lésion pleuro-pulmonaire en évolution et alors qu'aucune des causes ordinaires de l'œdème n'existait concurremment chez ces malades. Cette lésion, par l'irritation qu'elle a pu produire sur les nerfs sensitifs périphériques, apparaît comme le point de départ du réflexe œdémateux.

OBSERVATION I

(Recueillie par M. Paquier, interne du service)

Pierre C.... 34 ans aus. cultivateur. Entre dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 8 juin 1911.

Le malade n'a ni antécédents personnels ni antécédents héréditaires.

Il a été exempté du service militaire, mais pour faiblesse de la vue.

Il est tombé malade pour la première fois au mois de juillet 1910. Il aurait fait à cette époque une pneumonie du côté gauche qui aurait duré 4 à 5 semaines ; il raconte avoir eu alors un point de côté avec dyspnée, toux sèche, mais pas de fièvre ; appétit conservé et pas d'amaigrissement. Il dit avoir eu vers cette époque des épistaxis et craché du sang pendant 8 jours. Ensuite il a repris son travail sans toutefois se trouver complètement rétabli.

Au mois de février 1911, l'avant-bras gauche s'est mis à enfler du coude vers la main, puis l'œdème a ensuite gagné le bras tout entier.

En mai, le membre inférieur gauche fut pris à son tour, l'œdème débuta par la cuisse et s'étendit successivement au genou, au mollet et au pied. Enfin peu après, le scrotum, la verge et la moitié gauche du thorax présentèrent également de l'œdème. En même temps, le malade fut pris d'une dyspnée assez violente, dyspnée d'effort, calmée par le repos. Il ressentit quelques palpitations cardiaques sans douleur précordiale et eut des étourdissements et aussi des sensations de fourmillement mais dans la jambe droite. Pas de céphalées. Il prétend avoir eu en plus des ganglions du volume d'un œuf au cou, dans l'aisselle et dans l'aine gauche, mais ils ont disparu.

Actuellement, le malade a bon appétit et ne présente aucun trouble digestif. La voix est légèrement couverte.

A l'examen du cœur, on trouve la pointe très déviée à droite vers le sternum ; l'auscultation de cet organe ne révèle rien de spécial.

Le foie, volumineux, déborde les fausses-côtes de 4 travers de doigts, il est de plus douloureux ainsi que tout l'épigastre. La rate est volumineuse.

Si l'on passe à l'examen du poumon gauche, on constate : en avant, à l'inspection et à la palpation que le creux sous-claviculaire de ce côté est dur et saillant ; à la percussion, il y a du skodisme. A l'auscultation, l'inspiration est rude, l'expiration pénible est soufflante, même sifflante. Si l'on fait coucher le malade sur le côté droit, on constate de la dyspnée et du tirage sus sternal. L'espace de Traube est resté sonore. En arrière, toujours à gauche, à la palpation, les vibrations sont abolies ; à la percussion, matité absolue de la base et de la partie moyenne. Si l'on ausculte, le murmure vésiculaire est remplacé à l'inspiration et à l'expiration par un souffle violent. Ce souffle semble plus lointain lorsqu'on ausculte dans le creux axillaire.

En faisant compter le malade, on note de l'égophonie et de la pectoriloquiaphone. On trouve également quelques petits râles fins disséminés.

Une ponction exploratrice pratiquée avec une seringue de Pravaz n'amena pas de liquide.

L'examen du poumon droit ne fait rien remarquer d'anormal.

A l'inspection des téguments, on retrouve les œdèmes déjà signalés, œdèmes du bras gauche, de la moitié correspondante du thorax, du membre inférieur du même côté, de la verge et du scrotum.

Le côté droit ne présente aucun signe d'infiltration.

L'œdème est dur, résistant au doigt, de couleur rosée ; la peau semble épaissie.

Les ongles présentent une pigmentation café au lait.

Le malade a un peu de dilatation pupillaire.

La radioscopie fut pratiquée et montra de l'obscurité de tout le poumon gauche.

La numération globulaire et l'équilibre leucocytaire recherchés, ont été trouvés normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Malheureusement le malade quitta le service de son propre chef, le 21 juin. A ce moment, les œdèmes du membre inférieur, de la verge et du scrotum avaient complètement disparu. Il avait également, depuis quelques jours, une expectoration bronchitique de couleur brune.

Nous apprîmes indirectement, peu après, que le malade avait succombé chez lui.

M. le Professeur Urbain Monnier, qui consacra une de ses leçons cliniques à l'étude de ce mala le intéressant, porta le diagnostic de cancer du poumon et de la plèvre avec œdème unilatéral d'origine réflexe.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le Professeur Hervouêt dans la Gazette Médicale de Nantes, 1885.)

M..., âgé de 30 ans, tailleur. Cet hom ne est malade depuis deux ans. D'après l'état actuel et d'après les anamnestiques, il est à peu près certain que la tuberculose évolue chez lui depuis ce temps. Cependant dans le cours de la première année, la maladie ne prit pas d'allures inquiétantes d'après lui. C'est depuis un an surtout que ses forces diminuèrent et que l'amaigrissement se manifesta.

Je suis appelé à lui donner des soins le 26 septembre 1885. A ce moment je constate l'existence d'un hydropneumothorax à droite (sonorité exagérée dans une partie de la poitrine, notamment dans le tiers moyen en arrière et dans toute la partie antérieure droite du thorax ; souffle et toux amphoriques ; bruit de succussion hippocratique). En interrogeant le malade, j'arrive à conclure que la perforation pulmonaire a dû se produire peu de temps avant ma première visite ; cependant l'accident n'a pas causé une douleur assez violente ni une oppression assez intense immédiatement, pour qu'il soit possible de fixer avec une précision absolue la date du début. Néanmoins, le malade se souvient très bien que, quelques jours avant ma visite, il a souffert beaucoup plus vivement qu'à l'ordinaire dans ce côté, et il a fait cette remarque curieuse qu'à partir de ce moment, les sueurs, qui auparavant étaient assez abondantes sur tout le corps, se localisèrent sur le côté droit (côté du pneumothorax), ou du moins y prédominèrent d'une façon évidente ; elles y prirent des proportions extraordinaires ; elles se produisirent sur le côté droit de la face et du cou, sur le côté droit du tronc, enfin sur le bras et la jambe du même côté.

Pour compléter l'exposé des signes physiques fournis par l'examen de la poitrine, j'ajouterai les renseignements suivants : dans les parties supérieures du côté droit, on n'entend ni bruits normaux, ni bruits anormaux. A gauche il y a des signes de tuberculose assez prononcés.

Cœur : Bruit de souffle d'une certaine rudesse, qui occupe le deuxième bruit et qui semble même commencer avant ce deuxième bruit, c'est-à-dire pendant le petit

silence. Il s'entend sur le bord gauche du sternum, sur une étendue comprise entre le troisième espace intercostal (inclusivement) et la partie inférieure du sternum. Il s'atténue dans ce dernier point. Son maximum est un peu au-dessous du troisième espace. Il ne s'entend pas du tout dans la région des bruits aortiques. A la pointe, il s'entend à peine, il n'a pas de propagation axillaire.

L'état général est mauvais, la maigreur considérable. La voix est enrouée, la toux fréquente. Il n'y a pas de diarrhée.

9 octobre. Le malade me fait remarquer que les sueurs ont beaucoup diminué, mais qu'en revanche il s'est produit de l'enflure sur les parties précédemment le siège de la diaphorèse. En effet, un œdème fort accusé se voit sur le côté droit de la face et même du front, sur le bras droit sur le côté droit de la poitrine, enfin sur le membre inférieur droit. Cet œdème est très prononcé, il saute aux yeux et n'a pas besoin d'être cherché. La main et le pied sont surtout très gonflés. Ce n'est pas un œdème dur, on déprime facilement la peau avec le doigt qui y laisse son empreinte.

25 octobre : Depuis plusieurs jours déja, l'œdème s'est dissipé à la face ; il a un peu diminué au bras et à la jambe. Sur ces membres, il passe par des alternatives d'aggravation et d'atténuation. Lorsque le malade met les jambes dans une position déclive, lorsqu'il s'assied, par exemple, sur le bord de son lit, le gonflement du pied s'accentue comme dans les hydropisies ordinaires. Sur le côté droit du thorax, l'œdème reste toujours le même sans alternatives. Les sueurs ont à peu près complètement disparu depuis un certain temps, peut-être en partie sous l'influence de l'agaric ; l'atropine n'avait produit aucun effet.

27 octobre. Diarrhée combattue par le sous-nitrate de bismuth, l'élixir parégorique, le rhum.

L'œdème sensiblement atténué, ne se voit plus qu'à la main, au pied et au côté.

31 octobre. Il n'y a plus de diarrhée et l'œdème tend à disparaître.

6 novembre. Il n'y a plus d'œdème du tout, ni au côté, ni à la main, ni au pied.

La cachexie se prononce, l'état général est déplorable. Le poumon gauche se ramollit. En un mot, le malade continue sa triste histoire de phtisique.

M. le Professeur Hervouët qui publia cette observation, attribue également à cet œdème une origine réflexe ; voici en effet ce qu'il dit entre autres commentaires publiés à la suite : « L'action nerveuse me paraît ici évidente. De quelle nature est-elle ? Il est fort vraisemblable qu'il s'agit d'une action réflexe et que celle-ci a eu son point de départ dans la lésion thoracique pleuro-pulmonaire, dont le pneumo-thorax a été l'expression.

Dans la troisième observation qui va suivre, l'œdème qui fut consécutif à un empyème pour pleurésie purulente, n'a pas présenté le type unilatéral complet comme dans les deux cas précédents, mais s'est localisé seulement à la main et à une partie de l'avant-bras. Nous avons tenu cependant à la publier, car de l'avis même de M. Lépine à qui nous l'avons empruntée, cet œdème a eu comme point de départ la lésion pleurale et pouvait de ce fait rentrer dans le cadre de notre sujet.

OBSERVATION III

(Publiée par M. Lépine. Soc. méd. des hôpitaux, 1875).
(Recueillie par M. Pitres, interne du service.)

J... Charles, corroyeur, âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Beaujon, le 3 août 1875, dans le service de M. Lépine. Il se plaignait surtout d'un point de côté extrêmement violent sous le mamelon droit et présentait déjà les signes stéthoscopique d'un léger épanchement pleurétique.

Le 11 août, on pratiqua la thoracentèse, qui donna issue à un liquide très louche. Le 23 août, l'épanchement s'étant reproduit, on pratiqua une seconde thoracentèse, et, enfin, le 28 août on se décida à faire l'opération de l'empyème.

Quinze jours ou trois semaines après cette opération, le malade commença à s'apercevoir que son membre supérieur droit s'affaiblissait notablement. Ce membre n'était le siège d'aucune douleur, mais il était lourd, engourdi, difficile à remuer.

Plus tard, les masses musculaires de l'épaule et du bras droit devinrent plus molles, plus flaccides que celles du côté opposé. Enfin, dans le courant du mois de novembre, on put constater des troubles fonctionnels et des altérations trophiques qui méritent d'être décrits en détail.

Mais avant de rapporter les détails de ces accidents, il n'est peut-être pas inutile de faire connaître les renseignements qu'on a pu recueillir sur les antécédents du malade. Son père est mort à 73 ans, dans le cours d'une

attaque de rhumatisme (?). Il a une sœur qui jouit d'une très bonne santé, et il a perdu un frère de la poitrine. Pendant sa jeunesse il a reçu un coup de brique sur l'orbite du côté gauche, et, depuis cette époque, son œil gauche est sensiblement plus faible que le droit. En 1865, dans une rixe, il se luxa l'épaule droite ; sa luxation fut réduite le jour même, et après une semaine de repos, il put reprendre son travail. Depuis longtemps il buvait volontiers plus que de raison. Jamais il n'a eu de rhumatismes ni d'accidents syphilitiques. Il bégaye un peu, mais il affirme qu'il a toujours eu ce petit défaut de prononciation. Jamais il n'a remarqué qu'il fut plus faible d'un côté que de l'autre, et avant l'opération de l'empyème, il n'y avait aucune différence de force entre le bras droit et le bras gauche.

Etat actuel le 2 novembre 1875 : La peau du membre supérieur droit est sèche, rugueuse, écailleuse, elle n'est le siège d'aucune éruption. Les muscles de ce membre, et, en particulier, le deltoïde, le grand pectoral, le biceps sont notablement plus grêles et plus flasques que les muscles correspondants du côté opposé ; à l'avant bras et à la main on ne constate pas de diminution de volume des masses musculaires. Il n'existe pas de contractions fibrillaires des muscles atrophiés. Le bras droit est si faible que le malade peut à peine le tenir étendu, et qu'il éprouve de grandes difficultés à le porter à son front. Quand on lui donne les deux mains à serrer, on constate que, tandis qu'il serre très vigoureusement avec la main gauche il n'exerce avec la droite qu'une pression insignifiante. Les mouvements de la main, du poignet, du coude, ne sont pas douloureux ; les mouvements spontanés ou provoqués du bras, surtout les mouvements

d'abduction sont, au contraire, limités par une douleur très vive. L'articulation de l'épaule ne paraît cependant pas malade ; la peau qui la recouvre, rugueuse comme celle du reste du membre, ne présente ni rougeur ni œdème ; profondément on ne sent aucune tuméfaction périarticulaire ; les mouvements provoqués ne déterminent pas de crépitations ; la pression sur la jointure ne provoque pas de douleur. La main droite est légèrement tuméfiée ; sur sa face dorsale il existe un peu d'œdème, sans rougeur de la peau. Cet œdème ne remonte pas au dessus du poignet. Le malade se plaint d'éprouver des douleurs vives, lancinantes, qui paraissent naître dans la plaie de l'empyème et s'irradier vers l'épaule et le bras droit jusqu'à l'articulation du coude. Jamais la douleur ne s'étend à l'avant bras ni à la main. Les sensations de contact, de température, de douleurs (piqûre, pincements) sont perçues avec autant d'intensité sur le bras droit que sur les autres parties du corps. Il n'y a pas d'affaiblissement des membres inférieurs ; ils sont tous deux également forts et également volumineux, et quand le malade a marché assez longtemps pour éprouver de la fatigue, il ne la ressent pas plus d'un côté que de l'autre.

La face est très légèrement asymétrique ; le sillon naso-labial droit est un peu moins profond que le gauche ; mais les deux côtés du visage sont aussi mobiles à droite qu'à gauche. Pas de déviation du voile du palais. Quand le malade tire la langue, cet organe est le plus souvent un peu dévié vers le côté droit. Les pupilles sont égales, contractiles. Le malade y voit très peu de l'œil gauche, mais cette faiblesse de la vision à gauche existe depuis son enfance. Il y voit très bien de l'œil droit. Les sensi-

bilités gustative, olfactive et auditive, ne présentent aucun trouble fonctionnel.

Depuis le commencement du mois jusqu'à aujourd'hui (25 novembre), l'état du malade s'est peu modifié. On peut dire que le fond de la situation est resté le même. Toutefois, il y a eu des alternatives d'amélioration et d'aggravation dont les notes suivantes rappellent la succession.

Le 6 novembre, les douleurs spontanées au niveau de la plaie sont beaucoup moins vives ; l'œdème de la main a disparu ; le malade peut se servir un peu de son bras pour s'habiller.

Le 7, les irradiations douloureuses sont très vives.

Rien cependant dans l'aspect extérieur de la plaie n'en donne l'explication. Les lèvres de l'incision ne sont ni rouges ni tuméfiées ; la suppuration n'est pas plus abondante qu'à l'ordinaire. Le bras se ressent de cette exagération des douleurs ; il est plus faible que les jours précédents, La main droite est le siège d'une tuméfaction œdémateuse indolente. Les mouvements des doigts et du poignet ne provoquent aucune sensation douloureuse.

Le 10, au niveau du poignet, on sent un empâtement profond, qui semble siéger dans la gaine des fléchisseurs. La peau de la région n'est pas rouge, et sa pression n'est pas douloureuse. La température de la main droite est sensiblement plus élevée que celle de la main gauche. L'œdème de la face dorsale a presque complètement disparu.

Le 15, l'empâtement de la gaine des fléchisseurs s'est dissipé. En revanche, le dos de la main et la base des doigts sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse notable. La main droite est plus chaude que la gauche, ses

mouvements ne sont pas douloureux. La peau qui la recouvre est assez colorée, mais ne présente pas la teinte rosée diffuse du rhumatisme articulaire aigu.

Le 17, les douleurs irradiées ont disparu ; l'œdème de la mair a beaucoup diminué ; l'impotence motrice, toujours bien marquée, est cependant un peu moins forte que les jours précédents.

Le 23, la main droite est moins chaude, ses téguments ont la coloration normale ; la tuméfaction n'existe plus. Le malade affirme qu'il ne ressent plus aucune douleur dans la plaie ni dans l'épaule.

L'impotence motrice est toujours aussi marquée.

L'atrophie des muscles de l'épaule et du bras est très apparente. Pas de mouvements fibrillaires. La sensibilité au contact et à la douleur est égale à droite et à gauche.

Depuis la lecture de cette observation, il y a eu une nouvelle exacerbation.

Le 29, les irradiations douloureuses partant de la plaie ont reparu ; elles s'étendent à l'épaule et au bras jusqu'au coude.

Le 1er décembre, la main droite est tuméfiée, plus chaude que la gauche.

Le 3, les douleurs sont moins fortes. La tuméfaction et la chaleur de la main se dissipent.

Le 5, la main droite a la même couleur, le même volume et la même température que la gauche.

Depuis lors, jusqu'à aujourd'hui 1er mars, pas de rechute ; progressivement, l'impotence motrice et l'atrophie musculaire se sont amendées au point de disparaître presque complètement.

Voici ce qu'ajoute entre autres M. Lépine, comme suite à cette observation :

« Il me paraît difficile de nier que les symptômes développés dans le membre supérieur du côté correspondant à la maladie thoracique soient liés à cette dernière par un rapport de causalité évident... On se rend assez bien compte du développement des lésions trophiques sus-mentionnées, en admettant que le retentissement morbide s'est fait par l'intermédiaire de la moëlle. Il existe des sympathies entre le poumon et le membre supérieur du même côté, ainsi que je l'ai démontré ailleurs. Il paraît aussi en exister entre la paroi thoracique et le membre correspondant. Si l'existence de ces sympathies ne peut être contestée, pourquoi s'étonner dès lors qu'une irritation partie de la plaie thoracique puisse, en agissant sur la moëlle, produire dans le membre supérieur correspondant un état parétique et des troubles trophiques? Non seulement l'œdème de la main, mais le gonflement de nature irritative de la gaine des tendons fléchisseurs s'explique aussi dans cette hypothèse.

CHAPITRE II

Œdème unilatéral dans les contusions du rein

Les irritations portant sur la plèvre ne sont pas les seules capables de produire l'œdème unilatéral, celles portant sur le rein ou la région rénale sont également capables de l'engendrer par un même phénomène d'ordre réflexe.

OBSERVATIONS IV et V

Ces deux observations sont extraites du mémoire de Potain sur le bruit de galop, publié en 1875 dans le bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Voici ce que dit Potain, à propos de l'œdème :

« Pour ma part, je serais fort tenté de me rattacher, dans une certaine mesure, à la théorie de l'influence réflexe. En admettant toutefois que cette action, partie des

reins, s'exerce sur les capillaires et non directement sur le cœur, comme le pense Weitling. Qui ne sait avec quelle rapidité parfois les affections catarrhales du rein, à l'état aigu, s'accompagnent d'anasarque, et combien la perte d'albumine est peu capable d'en rendre raison? Le plus souvent, on doit croire que la même cause générale a provoqué à la fois l'œdème aigu du tissu cellulaire et l'affection rénale. Mais, quand l'affection du rein semble avoir une cause locale, cette supposition est déjà plus difficile à admettre, et, il la faudrait abandonner tout à fait si l'on voyait se dessiner un rapport précis entre le rein malade et les régions atteintes d'anasarque. Or, deux fois j'ai vu une contusion violente de l'un des reins suivie d'une anasarque limitée à la moitié correspondante du corps. Une fois, c'est un ouvrier, habituellement exposé au froid humide, travaillant aux réservoirs de la Vanne, qui tombe d'une certaine hauteur et se contond violemment, contre une poutre, la région lombaire gauche. Très peu de temps après, il avouait une anasarque étendue au bras, à la jambe et à la moitié gauche du tronc. Une autre fois, c'était une jeune danseuse du Chatelet qui, glissant sur les planches, se fit également en tombant une contusion violente au rein et présenta les jours suivants dans la salle de l'hôpital Necker, une anasarque prédominant considérablement du côté de la contusion, sans que, bien entendu, le décubitus habituel y put être pour rien. Ces faits sont trop exceptionnels et trop isolés pour que l'on puisse édifier sur eux aucune théorie. Je n'ai même pas cru devoir les publier jusqu'ici, et j'attends encore que d'autres soient venus en confirmer l'interprétation avant d'en faire l'objet d'une communication qui puisse vous être soumise. Mais n'est-il

pas vrai que si l'on voyait ceci se répéter, si cette exception se transformait en règle, il faudrait bien admettre que l'anasarque se rattache à la lésion du rein par autre chose que par l'altération du sang que celle-ci peut produire, et que ce quelque chose est nécessairement une intervention du système nerveux, dit vasomoteur ? »

OBSERVATION VI

(De M. le Professeur Potain. — Gazette des hôpitaux, 1883.)

Il s'agit d'une femme ayant fait, une chute sur la région gauche du rein. Elle fut prise à ce moment d'une douleur extrêmement vive au niveau de cette région et eut des hématuries; les urines étaient abondantes, les mictions douloureuses ; pendant ce même temps elle présenta du gonflement des membres et de la bouffissure de la face surtout prononcée du côté gauche ; le décubitus n'était pour rien dans cette particularité. L'anasarque disparut au bout de quelque temps.

L'année suivante, la malade fut reprise de douleurs lombaires du côté gauche, et l'anasarque reparut avec la même prédominance à gauche que la première fois.

OBSERVATION VII

(Du même auteur.)

On apporte à l'hôpital de la Charité, un ouvrier plombier qui avait fait une chute pendant qu'il portait un gros tuyau de plomb, la région rénale ayant porté sur

l'une des extrémités de ce tuyau, il en résulta une contusion violente portant surtout sur la région rénale droite qui fut bientôt suivie d'une anasarque du côté droit et d'albuminurie.

OBSERVATION VIII

(Colleville. Thèse de Paris, 1885.)

B... Louis, 53 ans, tonnelier. Entré le 20 juillet 1883, salle St-Louis, n° 24. Hôpital de la Charité. Service de M. Bernutz, suppléé par M. Dreyfus-Brisac.

Pas d'antécédents morbides héréditaires, ni personnels.

Il était exposé aux refroidissements répétés. Un jour, le corps couvert de sueurs, il descendit à la cave, il y séjourna pendant quelque temps pour les besoins de sa profession, puis il remonta. Le soir il ressentit un malaise général et des douleurs lombaires, assez violentes avec prédominance bien marquée du côté gauche. Le lendemain, il éprouva encore une lassitude générale ; on lui fit remarquer que la face, surtout que les paupières étaient un peu bouffies, spécialement à gauche. Il n'entra à l'hôpital que deux jours après, avec une anasarque assez abondante, et surtout avec predominance sur tout le côté gauche, où la région lombaire est encore un peu sensible à la pression.

Interrogé sur la cause de cette particularité, il raconte très nettement qu'il avait laissé la porte de la cave ouverte. Il se trouvait placé justement de telle façon qu'il présentait tout le côté gauche au courant d'air. Il fut même obligé d'aller fermer la porte, tellement cela le gênait.

Le membre supérieur gauche est très gonflé, surtout vers l'avant-bras et le dos de la main ; sur l'autre bras, c'est à peine si le doigt y laisse une empreinte. Le membre inférieur gauche est également plus enflé que le droit. Les deux paupières sont tuméfiées et présentent un bourrelet transparent ; bourrelet œdémateux tremblotant de la région lombaire. Le cou est énorme ; le thorax et l'abdomen ne sont séparés par aucune ligne de démarcation bien appréciable.

Ayant fait appeler d'abord un médecin, celui-ci a examiné l'urine. Le malade est venu avec une note sur laquelle l'absence d'albumine était notée d'une façon spéciale. Il urinait très peu : ses urines étaient foncées en couleur. Il précise bien qu'il mettait toujours sa table de nuit à droite, et qu'il restait le plus souvent couché sur le dos, ne se reposant pas plus sur le côté gauche que sur le côté droit.

22 juillet. — Les urines sont devenues moins foncées et plus abondantes. On lui avait donné hier un bocal : Il a uriné un litre en 24 heures.

En plus de son anasarque, on constate des râles sous crépitants fins d'œdème pulmonaire aux deux bases. Au cœur on entend un bruit de galop gauche bien net au lieu d'élection avec accentuation à la base du second bruit aortique : pouls dur, vibrant et tendu. Interrogé sur ses antécédents, il répond qu'il n'a jamais eu d'œdème aussi étendu que cette fois, mais qu'il était souvent obligé de se réveiller la nuit pour uriner, surtout depuis quelques mois. Il était sujet aux maux de tête et enfin, lorsqu'il se surmenait un peu ou bien lorsqu'il faisait un effort, il était pris d'une légère oppression et de palpitations cardiaques.

25 juillet. — Il commence à devenir bouffi, l'urine augmente de quantité : elle s'élève à environ au chiffre de deux litres à deux litres et demi : pas d'albumine. Au microscope, quelques cylindres hyalins et un certain nombre de cellules épithéliales.

26 juillet. — Deux litres et demi d'urine claire ; l'anasarque diminue. Le bruit de galop est moins net. Les râles sous crépitants aux deux bases ont bien diminué. Régime lacté.

29 juillet. — L'œdème a disparu totalement sur la paroi thoracique et la paroi abdominale : peu de gonflement aux membres supérieurs. Bruit de galop moins marqué : l'accentuation du 2e bruit aortique est moins nette. Pas d'albumine.

4 août. — Il ne reste plus qu'une très légère bouffissure des paupières et un peu d'œdème périmalléolaire : urines deux litres à deux litres et demi en moyenne.

Il reste en observation pendant un mois : on n'a jamais trouvé d'albumine ; son œdème a complètement disparu.

M. Colleville, à la thèse duquel nous avons emprunté cette observation, la fait suivre de la remarque suivante : « Relativement à l'origine de cette hydropisie névro-vasculaire, nous pensons que cette dernière observation peut s'ajouter aux cas de contusions rénales décrits par M. Potain, pour expliquer l'influence d'une perturbation du système nerveux sur le fonctionnement du plexus rénal. »

CHAPITRE III

Valeur séméiologique de l'œdème unilatéral

L'œdème unilatéral ne correspond à aucun des œdèmes ordinaires, œdèmes cardiaques, rénaux, viscéraux ; il rentre dans le cadre des phénomènes réflexes. La production de cette anasarque est en effet la conséquence d'une action réflexe partie des nerfs irrités d'un plexus, plexus pleuro-pulmonaire et plexus rénal dans les cas que nous avons rapportés.

L'unilatéralité qui à elle seule prouve bien l'influence du système nerveux, se conçoit parfaitement du fait que les plexus pleuro-pulmonaires et rénaux étant répartis symétriquement de chaque côté du corps et l'irritation ou l'excitation ne portant que sur un côté, l'œdème n'apparaît que du côté lésé. Ces deux plexus semblent être les seuls à produire l'hémianasarque si on s'en rapporte à nos observations ; leur situation, leur importance et la fréquence des

lésions des organes qu'ils innervent les rendent en effet plus aptes que tout autre à la production de cet œdème.

Ainsi donc, l'œdème unilatéral survient à la suite d'une irritation des plexus nerveux, mais cette irritation n'est-elle même que la conséquence de lésions portant sur les organes qu'ils innervent.

Il est de règle, en effet, en pathologie, que les nerfs d'un organe participent au processus morbide de cet organe, et il n'est pour ainsi dire aucune affection dont quelque symptôme ne soit pas rattachable à une participation du réseau nerveux dépendant de l'organe lésé. C'est ainsi que M. le docteur Klippel, faisant l'examen histologique des nerfs rénaux dans les cas de néphrite, a trouvé des lésions dégénératives très nettes des fibres nerveuses.

Ces lésions ne sont certainement pas particulières au plexus rénal, mais à tous les plexus.

Nous nous permettrons de citer quelques exemples : les accès d'angor pectoris et les poussées congestives du côté des poumons que présentent certains malades atteints d'aortite et qui relèvent des lésions secondaires du plexus aortique. Telles sont encore la dyspnée asthmatique due à la participation des nerfs broncho-pulmonaires, la glycosurie due à celle des nerfs pancréatiques. Un autre exemple nous est fourni par les cas de congestion pulmonaire s'accompagnant de dilatation du cœur droit et d'insuffisance tricuspidienne, cas que l'on observe fréquemment au cours d'affections abdominales, la colique hépatique,

les lésions intestinales, la hernie étranglée, les lésions utéro-ovariennes ; ces faits cliniques étant dus comme l'ont vérifié expérimentalement Arloing et François Frank à des spasmes vasculaires de nature réflexe. Il nous faudrait passer en revue la pathologie tout entière, mais plus près de notre thèse même, rappelons encore les cas cités par M. le professeur Potain dans ses leçons cliniques, où il s'agit de deux femmes ayant présenté de l'œdème des membres inférieurs à la suite de lésions utérines et par suite du plexus utérin ; ces deux observations où la nature réflexe de l'œdème est évidente, ne diffèrent des nôtres que par la bilatéralité, l'action nerveuse partant du plexus uterin, plexus médian. N'a-t-on pas enfin accordé une nature réflexe à l'œdème pulmonaire, conséquence de la thoracentèse chez les pleurétiques.

Les exemples précédents montrent assez le rôle important que jouent les plexus nerveux dans la symptomatologie des différentes affections. Ils suffisent à démontrer que l'œdème unilatéral reconnait la même origine et la même nature. C'est parce que, dans les cas qui nous intéressent, les plexus pleuro-pulmonaires ou rénaux sont irrités par suite de lésions des organes qu'ils innervent, que l'œdème unilatéral pourra se manifester. En effet dans les trois observations de notre premier chapitre nous avons pu voir que les individus atteints d'œdème unilatéral présentaient auparavant des affections de la plèvre ou du poumon : néoplasme, phtisie

et pleurésie purulente. Affections ayant retenti secondairement sur le plexus pleuro-pulmonaire. Dans notre second chapitre les individus observés sont atteints de néphrite traumatique ou ont déjà une néphrite en évolution, comme dans nos observations IV et VIII où il est sujet d'ouvriers exposés le premier au froid humide, le second aux refroidissements répétés et chez lesquels on peut émettre l'hypothèse de l'existence d'une néphrite à frigore.

Les lésions de la plèvre, des poumons et du rein et par suite l'irritation de leur plexus, peuvent donc provoquer l'œdème unilatéral, phénomène de nature réflexe, semblable par là à de nombreux autres désordres communs dans la pathologie. Mais si l'œdème unilatéral survient comme manifestation réflexe chez des individus à la suite de lésions de la plèvre ou du rein ; il demeure établi qu'il ne se produit pas chez tous ceux présentant des lésions semblables. Il faut bien admettre que là encore la question de terrain joue un rôle prépondérant. Les trop peu nombreuses et trop courtes observations que nous avons recueillies ne nous permettent pas d'avancer quelque chose de précis dans cet ordre d'idées.

Doit-on attribuer un rôle à l'hérédité dans l'apparition de l'œdème ; hérédités névropathique, arthritique, œdémateuse même, favorisant le processus œdémateux ? Nous ne pouvons que le supposer. Il est plus vraisemblable d'admettre chez ces individus l'existence d'une cause idiosyncrasique.

Mais ce qui semble avoir une influence certaine sur l'apparition de l'œdème, c'est l'intoxication de l'organisme. Dans notre premier chapitre nous avons observés des sujets atteints d'une affection évoluant depuis un certain temps et les ayant placés dans un état de déchéance organique sous l'action manifeste des toxines émises et résorbées au niveau de leur lésion. On sait en effet que la cachexie profonde où tombent les individus atteints de cancer, de phtisie ou de pleurésie purulente, est due en grande partie aux toxines qu'émettent ces affections. Les lésions du rein sont également la cause d'une rétention de toxines dans l'organisme par suite de l'altération du filtre rénal. Nous avons donc affaire dans nos diverses observations à des malades renfermant dans leur sang des toxines. Beaucoup d'auteurs prévoient le rôle important joué par les substances toxiques en circulation dans le sang. Elles auraient des actions multiples concourant toutes à la production du phénomène cherché : effet sur les centres vasodilatateurs, modification de la tension osmotique, action sur l'endothélium capillaire et sur la sécrétion lymphatique ; elles feraient aussi varier la composition du sang, altèreraient les globules. Malgré que ce soit là une hypothèse qui ait pour elle toutes les raisons possibles d'être confirmée, les expériences entreprises pour lui procurer une base solide ne sont pas nombreuses. Toutefois, on sait depuis longtemps, que les injections de certains corps chimiques donnent naissance à un gonflement œdé-

mateux localisé au lieu de l'injection. L'étude de certaines toxines microbiennes a permis d'apprécier leur rôle sur les centres vaso-dilatateurs. C'est ainsi que Charrin a montré que les produits solubles fabriqués par le bacille pyocyanique paralysent ou modèrent les centres vaso-dilatateurs ; Bouchard attribue à la tuberculine de Koch un effet vaso-dilatateur ; Arloing, reconnaît aux toxines fabriquées par le staphylocoque une action analogue. Il est plus que probable que le streptocoque agit de même et à un pouvoir œdématogène.

En clinique, nous constatons assez souvent pendant l'évolution de certaines affections ou à la suite de celles-ci, des œdèmes locaux ou généraux. Ils sont fonction des toxines en circulation dans le sang, provenant de l'altération cellulaire ou issues de la vie microbienne comme dans nos observations d'œdème unilatéral.

En résumé, l'action des toxines est complexe, mais elles agissent sûrement sur le système nerveux et le disposent favorablement en vue de la production de l'œdème.

Jusqu'à présent, nous n'avons fait qu'envisager les causes qui prédisposent à l'apparition de l'œdème unilatéral : lésions des organes et des plexus, question de terrain, influence des toxines ; mais ces causes prédisposantes sont à elles seules insuffisantes pour produire l'œdème qui ne se manifestera que par l'intervention de causes provocatrices.

Car telle la mise en marche d'un appareil électrique

n'est déterminée que par le rétablissement du circuit, telle on doit considérer la poussée œdémateuse entraînée par une excitation étrangère, excitation dont dépend la production du phénomène réflexe.

Monsieur le Docteur Le Calvé expose dans sa thèse le résultat d'expériences personnelles fort démonstratives sur la nécessité de l'intervention de causes provocatrices dans la production de l'œdème localisé. Injectant des toxines à des lapins (indol ou skatol dans les cas cités), il n'obtenait pas d'œdème ; mais faisant intervenir en plus soit l'excitation électrique d'un nerf de la région, soit un léger traumatisme, soit un refroidissement brusque, alors l'œdème apparaissait.

Dans nos observations, les causes provocatrices de l'œdème unilatéral sont différentes ; cependant, on peut facilement les ramener à trois types : causes mécaniques, traumatismes et froid.

Les causes mécaniques sont celles de nos trois premières observations : épanchement pleural (obs. I), pneumothorax (obs. II), opération d'empyème (obs. III). Les traumatismes (obs. IV, V, VI et VII), sont tous identiques, chutes sur la région rénale. Enfin nous n'avons qu'un cas (obs. VIII), où le froid ait agi comme cause provocatrice ; il semble qu'il faille surtout incriminer le froid humide.

Dans toutes ces observations, l'excitation ne porte que sur un des côtés du corps. aussi le réflexe engendré ne se manifestera que de ce même côté.

De par leur nature même, ces excitations centripè-

tes ne sont pas durables et le réflexe qu'elles déterminent ne l'est pas davantage ; nous verrons en effet en étudiant les caractéres de l'œdème unilatéral, qu'il est fugace et subit assez rapidement la régression.

L'œdème unilatéral est un résumé, un phénomène d'ordre réflexe semblable à de nombreux autres communs dans la pathologie. Son apparition est soumise à des causes predisposantes et à des causes provocatrices ; il possède de ce fait une valeur séméiologique qui lui est propre.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Caractères de l'œdème unilatéral

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'œdème généralisé à une partie étendue du corps, on commence par examiner les viscères causes le plus fréquemment des infiltrations sous-cutanées. On interroge d'abord le cœur, si celui-ci ne présente aucune lésion, on se tourne du côté du rein. A défaut d'altérations morbides de cet organe on a encore la ressource de demander la solution du problème clinique aux maladies générales qui par suite d'un état dyscrasique s'accompagnent d'œdème. Si enfin la compression ou l'obstruction vasculaires n'expliquent pas la production de l'œdème, il faut bien toutes ces causes éliminées, attribuer à cet œdème une origine nerveuse.

Mais en dehors de ce procédé par voie d'élimination successive des causes génératrices ordinaires de

l'œdème, le médecin peut, pour établir son diagnostic, rechercher si cet anasarque présente des caractères spéciaux qui, lui donnant une physionomie particulière, permettent déjà de le rattacher à un certain groupe ; en un mot faire le diagnostic positif. Nous sommes donc amenés à examiner les caractères de l'œdème que nous étudions.

Un premier caractère est sa localisation à un seul côté du corps ; si le côté n'est pas totalement envahi par l'infiltration, sa répartition asymétrique attirera cependant l'attention. La durée de l'apparition de l'œdème est assez variable, débutant en général peu de temps après la cause provocatrice (cause mécanique, traumatisme, froid), l'infiltration gagne de proche en proche, les malades s'aperçoivent brusquement de l'augmentation de volume de leurs membres d'un côté, de la gêne occasionnée par la présence d'un épanchement séreux ; c'est par le membre supérieur et par son extrémité périphérique que débute plus souvent l'enflure.

L'apparition de l'œdème peut être précédée d'une poussée d'hypérhydrose localisée au même côté, comme dans notre observation II ; mais il ne semble pas que ce soit là un phénomène constant.

La consistance de cet œdème est différente suivant les cas. Dans notre première observation il est dur, résistant au doigt, la peau semble épaissie ; dans notre seconde, au contraire, il est décrit comme se laissant facilement déprimer par le doigt qui y laisse son empreinte. C'est une tuméfaction molle et pâteuse

dans l'observation III. Il semble que la consistance se modifie pendant l'évolution ; en général l'œdème mou au début, ne tarde pas à devenir dur et résistant par la suite.

Les parties tuméfiées sont ordinairement colorées en rose et la température locale parait un peu plus élevée (Obs. 1 et 3). Elles ne sont le siège d'aucun phénomène douloureux ; le malade est seulement incommodé si l'œdème est très abondant ; à la pression, on ne provoque aucune douleur.

Comme dans les hydropisies ordinaires, cet œdème se porte de préférence aux parties déclives, suivant la position que prend le malade.

La durée n'est pas limitée, mais en général, sous la seule influence du repos, l'épanchement disparait et se résorbe assez rapidement. Il peut passer par des alternatives d'atténuation et d'aggravation ou bien encore (obs. 2) procéder par des poussées successives et répétées (obs. 3).

Tous ces caractères de l'œdème unilatéral ne lui sont pas suffisamment propres pour permettre à eux seuls de faire un diagnostic positif. Mais si à leur connaissance on ajoute celle des causes prédisposantes que nous avons étudiées au précédent chapitre, à savoir principalement les lésions de la plèvre, du poumon ou du rein et en plus la recherche d'une cause provocatrice, on pourra facilement en déduire qu'on se trouve en présence d'une œdème réflexe à type unilatéral.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différen-

tiel avec les œdèmes d'origine cardiaque ou rénale, car à supposer que ces viscères soient le siège d'une lésion, ce qui est le cas pour le rein dans notre second chapitre, l'œdème constaté doit nécessairement reconnaître une cause autre que la cause ordinaire des œdèmes viscéraux par le seul fait de son unilatéralité.

Les œdèmes par compression ou obstruction vasculaire, c'est-à-dire où une action mécanique entre en jeu, seront également facilement écartés par la localisation de la poussée d'anasarque à tout un côté du corps. En effet, chez les malades que nous avons cités, s'il n'y avait eu que de l'infiltration du membre supérieur et de la tête, on aurait à la rigueur pu supposer un obstacle dans le système cave supérieur ; encore dans ce cas l'œdème eut-il du affecter une distribution autre qu'il ne faisait. Mais la survenue du phénomène à toute la moitié du tronc et au membre inférieur doit écarter toute hypothèse de ce genre.

Le diagnostic différentiel est encore à faire avec une catégorie d'œdèmes, d'origine également nerveuse et auxquels on a donné le nom d'œdèmes segmentaires ou trophœdème chronique. Le terme même de trophœdème donne à entendre qu'il s'agit d'un accident dystrophique. Ce trophœdème chronique est caractérisé par un œdème blanc, dur, indolore, occupant un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs et persistant la vie entière sans préjudice notable pour la santé. La localisation aux membres supérieurs et même au visage est beaucoup plus rare. Les maladies infectieuses semblent jouer

un rôle important dans son apparition, mais l'existence de trophœdèmes familiaux et congénitaux, conduit à faire très large la part de la prédisposition héréditaire.

Par son étiologie, par sa localisation, le trophœdème chronique se différenciera de l'œdème unilatéral ; mais surtout par sa chronicité, par son installation à demeure sans tendance à la régression.

L'œdème aigu ou maladie de Quincke se manifeste parfois comme un phénomène réflexe du à l'ébranlement nerveux par excitation d'un territoire sensitif. Mais il n'est jamais localisé à tout un côté du corps et occupe au contraire des territoires plutôt restreints.

Enfin l'œdème hystérique, les œdèmes durs traumatiques, les œdèmes toxiques locaux, de par leur étiologie et leurs commémoratifs ne pourront prêter à confusion.

CHAPITRE V

Pathogénie

Il est absolument nécessaire pour expliquer de façon satisfaisante l'unilatéralité dans l'œdème que nous étudions, de faire intervenir comme facteur principal, l'action nerveuse.

La connaissance des œdèmes d'origine nerveuse remonte seulement à 1869, époque où les mémorables expériences de Ranvier vinrent éclairer d'un jour nouveau la pathogénie des œdèmes.

Les connaissances que l'on possédait alors sur le système nerveux étaient encore peu étendues, les vaso-moteurs étaient ignorés, l'influence du sympathique sur la circulation des petits vaisseaux était méconnue. On s'en tenait alors aux idées de Lower, qui admettait pour cause unique de la formation des œdèmes, la stase veineuse.

Les expériences sur lesquelles Lower avait fondé cette théorie furent reprises et confirmées par Bouillaud en 1823.

Cependant des contradictions s'élevèrent et Hodgson n'obtint aucune infiltration par la ligature et l'oblitération de la veine fémorale. D'un autre côté les découvertes relatives à l'innervation motrice se multipliaient et on ne tardera pas à voir que c'est grâce à elles que toutes les incertitudes furent dissipées.

Dans une communication faite à la société royale médico-chirurgicale de Londres, Laycock faisait remarquer qu'on ne tenait généralement pas assez de compte du rôle que les centres nerveux peuvent jouer à l'égard des hydropisies. Il admettait pour sa part des hydropisies nerveuses, c'est-à-dire d'origine nerveuse, centrale, réflexe ou locale. Il ajoutait qu'à son sens l'action des centres nerveux sur les infiltrations œdémateuses était double, pouvant soit ou produire ou favoriser le développement, soit l'empêcher. De nombreux faits cliniques tout à fait démonstratifs de cette manière de voir venaient à l'appui de ce qu'il avançait. L'expérimentation devait consacrer la justesse de ses observations.

Dans un mémoire présenté à l'Académie des Sciences, Ranvier rapporta les expériences suivantes qu'il avait faites : Il pratiqua sur des chiens la ligature de la veine fémorale au-dessous de l'anneau crural. Cette oblitération ne fut suivie d'aucune transsudation sous cutanée, ni le jour de l'expérience, ni les jours suivants. Il prit d'autres chiens à qui il lia

la veine cave inférieure au dessous des veines rénales, puis d'un seul côté seulement, il fit la section du nerf sciatique. Le nerf grand sciatique comprend les fibres vaso-motrices des racines des nerfs lombaires et sacrés ainsi que celles des dernières paires dorsales. Voici ce qui se produisit : un œdème considérable apparut du côté énervé, tandis que le membre opposé dont le sciatique était intact, ne présenta pas la plus légère trace de gonflement œdémateux. Cet œdème dura trois jours pleins ; le 4e jour, il commença à diminuer et la disparition complète s'effectua à partir du 5e jour.

Le même physiologiste sectionna les racines du nerf sciatique dans le canal rachidien ; en portant sur la moelle la section en avant du renflement lombaire, on n'obtient pas d'œdème, parce que dans ce cas on n'intéresse pas toutes les fibres vaso-motrices destinées aux vaisseaux des membres postérieurs.

En 1873, Hehn (Ueber die Enstehuneg Mechanishen Œdème (Centralblat), reprend les expériences de Ranvier. Il lie la veine cave et les deux veines jugulaires ; il n'obtient aucune transsudation sous-cutanée. Mais s'il fait la section du sciatique, la veine étant préalablement liée, il obtient de l'œdème.

De son côté, Bott (Ueber die Enstehuneg von Œdème (Berlin, Klin. Woschens, 1874), en posant des ligatures sur les veines fémorale, brarchiale a la veine cave inférieure, et en pratiquant la section simultanée des nerfs correspondants, apporta une

confirmation précieux aux recherches des expérimentateurs précédents.

Plus récemment, [illegible] ont constaté que le [illegible] d'un lapin [illegible] produit [illegible] section simultanée de [illegible] ; mais l'excitation du [illegible] supérieur du grand [illegible], provoque [illegible], déjà se manifeste [illegible] après l'opération, disparaît [illegible].

Ces [illegible] nerveux [illegible] sont [illegible] réalisés en clinique : [illegible] sont les [illegible] succédant [illegible] fractures [illegible] [illegible] tout la thèse de [illegible] par [illegible] exemples ; tels sont encore les [illegible] que l'on voit survenir chez les hémiplégiques et [illegible] le côté paralysé, ou encore les [illegible] [illegible] cas de paralysie.

[illegible] cette [illegible] [illegible] de la rage, « dont on [illegible] [illegible] [illegible]

qu'on [illegible] ré-
gu[illegible] qué
pu[illegible] as
qu[illegible] -
v[illegible] ante-
ri[illegible] est en effet, par
su[illegible] -
tation artérielle an[illegible] ;
car[illegible] la
dil[illegible] la
la[illegible] ront
été[illegible].

V[illegible] ce
su[illegible] r-
pr[illegible] elon
du[illegible] la
so[illegible] te
co[illegible] ons
cel[illegible] qui
son[illegible] ières de
ce[illegible] cette
dil[illegible] ra-
bl[illegible] os
ou[illegible] os
l'[illegible] Za
pr[illegible] la
lig[illegible] on-
dan[illegible] de
di[illegible] ra
l'[illegible].

En résumé, le système nerveux en intervenant comme cause générale des œdèmes, provoque un processus congestif plus ou moins violent. Toutes les infiltrations qui méritent de rentrer dans le groupe des hydropisies nerveuses, peuvent être, en dernière analyse, ramenées à une exagération de transsudation, laquelle est consécutive à des dilatations artérielles.

Le rôle du système nerveux étant définitivement établi dans la production des œdèmes, nous allons maintenant étudier le mécanisme de l'œdème unilatéral. Examinons comment une action réflexe partie du rein ou du poumon, peut donner naissance à l'œdème.

On connait l'extrême fréquence des réflexes vaso-moteurs, l'excitation de tous les nerfs centripètes est susceptible d'en provoquer et parmi les nerfs centripètes, il faut comprendre non seulement les nerfs sensitifs, mais tous les nerfs des viscères qui, comme le poumon, le cœur, l'estomac, l'intestin, le rein, ne donnent pas lieu à des sensations mais plutôt à des actes reflexes. L'irritation des nerfs du poumon et du rein peut donc donner naissance à des reflexes vaso-moteurs. Quelle est la voie centripète de ce reflexe ? Il est probable qu'il suit le chemin du grand sympathique. Cependant, d'après Vulpian qui, après section des pneumogastriques, aurait trouvé des filets nerveux dégénérés parmi les nerfs rénaux, on peut penser, tout au moins pour le rein, que quelques filets centripètes gagnent directement les centres cé-

rébraux-spinaux à travers le nerf vague ; mais la majeure partie est constituée par des fibres du grand sympathique qui gagnent les nerfs rachidiens par les rameaux communicants et passent ensuite dans les racines postérieures.

On sait que les centres vaso-moteurs sont échelonnés sur toute la hauteur de l'axe bulbo-médullaire ; mais les centres de la substance grise de la moëlle épinière ne sont que des centres subordonnés, soumis à l'hégémonie des centres d'ordre superieur de la moëlle allongée. Ces centres d'ordre supérieur qui fournissent à toutes les fibres musculaires du système artériel des nerfs moteurs (nerfs vaso-constricteurs ou nerfs vaso-dilatateurs) sont situés dans un point de la moëlle allongée qui renferme de nombreuses cellules nerveuses.

Ces centres sont au nombre de deux, un pour chaque moitié du corps ; ils s'étendent depuis la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule jusqu'à quatre ou cinq millimètres au-dessus du calamus scriptorius ; chaque centre est placé à deux millimètres et demi de la ligne médiane, dans cette partie de la moëlle allongée qui représente le prolongement du cordon latéral de la moëlle épinière (partie inférieure de l'olive supérieure). L'excitation de ce point central provoque le rétrécissement de toutes les artères et, par suite, l'élévation de la pression sanguine ; sa paralysie produit le relâchement et la dilatation de toutes les artères et l'abaissement énorme de la pression sanguine.

C'est donc sur un de ces centres, sur celui qui régit la vaso-motricité pour le côté du corps d'où est partie l'excitation, que celle-ci réfléchira et produira en retour la vaso-dilatation paralytique et l'œdème unilatéral.

On est plus embarrassé pour savoir comment se fait cette réaction du centre vaso-moteur : deux opinions sont en présence. S'agit-il d'une mise en activité des vaso-dilatateurs, comme le suppose Strubiney, opinion basée sur un chien dont il avait sectionné le lingual, excitait le bout périphérique de ce nerf et produisait de l'hyperhémie et de l'œdème de la langue. S'agit-il, au contraire, d'un phénomène d'inhibition comme le pensait Brown-Séquard, inhibition portant sur l'action des vaso constricteurs et produisant par conséquent une vaso-dilatation périphérique ? C'est là un point sur lequel il ne nous est pas permis d'émettre une opinion.

Quoiqu'il en soit la réaction du centre moteur qui règle l'innervation des vaisseaux pour un même côté du corps, se traduit par une dilatation des petits vaisseaux munis d'une tunique musculaire dans le côté correspondant du corps. La vis a tergo, c'est-à-dire la force principale sous l'influence de laquelle s'opère le mouvement du sang dans les veines, s'affaiblit à un degré extrême par suite de la dilatation des artères : de là, stase relative dans les veines en communication avec les réseaux capillaires qui reçoivent le sang des artères dilatées. Cette stase veineuse coïncidant

avec la dilatation des artères correspondantes, a pour conséquence assurée une augmentation de la pression dans les capillaires intermédiaires et comme nous l'avons vu la transsudation séreuse au travers des parois des capillaires est possible. Ces modifications des conditions normales de la circulation, survenant chez des sujets prédisposés d'ailleurs, provoquent l'infiltration séreuse des tissus dans le côté où elles se manifestent.

L'explication que nous venons de donner sur la pathogénie et le mécanisme de l'œdème unilatéral, ne peut évidemment être admise qu'à titre d'hypothèse, quoiqu'elle nous ait paru être la plus vraisemblable et qu'elle soit basée sur des données physiologiques. Nous rappellerons d'ailleurs en terminant ce que dit Vulpian à ce sujet : « Que l'on rencontre de grandes difficultés dans les tentatives que l'on peut faire, pour chercher à déterminer le mécanisme de la production des œdèmes dus à des lésions nerveuses. Qu'il est facile de dire qu'il y a des œdèmes réflexes ; que des œdèmes peuvent être provoqués par voie réflexe ; mais quand on ne se paye pas de mots, quand on essaie d'expliquer comment des irritations centripètes peuvent donner lieu à ces infiltrations séreuses, dites réflexes, on se heurte à des difficultés que ne paraissent pas soupçonner beaucoup de ceux qui se servent de ces expressions. »

CONCLUSIONS

I. La clinique démontre qu'il existe des œdèmes localisés à une moitié du corps et consécutifs soit à des lésions pleuro-pulmonaires, soit à des lésions de la région rénale.

II. Ces œdèmes unilatéraux sont des œdèmes nerveux réflexes. Le point de départ de ce réflexe réside dans les filets nerveux des plexus pleuro-pulmonaires ou rénaux irrités par les lésions des organes qu'ils innervent. La répartition unilatérale de l'œdème est une preuve indiscutable de l'influence du système nerveux.

III. Cet œdème survient chez des sujets prédisposés à la suite de causes provocatrices. C'est un œdème aigu ; sa résorption est rapide.

IV. Comme tous les œdèmes nerveux; il est produit par un trouble de l'innervation des vaso-moteurs. Le

mécanisme de la voie réflexe qui donne naissance à l'infiltration semble être le suivant : irritation d'un filet nerveux, réaction du centre vaso-moteur de la moelle allongée correspondant au côté d'où est partie l'irritation ; dilatation maxima des artérioles de tout ce côté, élevation de pression dans les capillaires et œdème unilateral.

Vu : *Le Président de thèse*,
CHAUFFARD.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOZAN. — Lésions trophiques consécutives aux malades du système nerveux. Thèse d'agrégation, 1886.

ARTUS. — Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveux. Thèse de Paris 1884.

BOUCHARD et GLEY. — Pathologie générale. Tome III.

BROWN-SÉQUART. — Leçons sur les vaso-moteurs, 1872.

COLLEVILLE. — De l'anasarque sans albuminurie. Thèse de Paris. 1885.

HALLOPEAU. — Troubles trophiques reflexes. Société de biologie. 1880.

HERVOUET. — Un cas d'œdème unilatéral. Gazette des hôpitaux de Nantes. 1885.

KLIPPEL. — Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites. Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie ; Mai 1897.

Le Calvé.— Pathogénie des œdèmes. Thèse de Paris.1901.

Legroux. — Article œdème du Dictionnaire encyclopédique.

Lépine. — Société médicale des hôpitaux. 1875.

Longet. — Traité de physiologie.

Mathieu et Weil. — Œdèmes névropathiques. Archives générales de médecine. 1885.

Mougeot. — Thèse de Paris, 1867.

Potain. — Mémoire sur le rythme de galop, Société Médicale des hôpitaux, 1875.

— Des anasarques de cause nerveuse. Gazette des hôpitaux, 1882.

— Des anasarques unilatérales consécutives aux lésions du rein. Gazette des hôpitaux, 1883.

Ranvier. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1869.

Rathery. — Pathogénie de l'œdème. Thèse d'agrégation, 1872.

Roger et Josué. — Pathogénie de l'œdème. Comptes rendus de la Société de biologie, juillet 1895.

Sémeril. — Du rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'œdème brightique. Thèse de Paris, 1901.

Strubing. — Œdème angioneurotique. Zeitschr fur Klin. Med. Berlin, 1885.

Vaquez et Bureau. — Société de biologie, 1913.

Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur.

Weil. — Œdèmes périphériques d'origine nerveuse. Thèse de Paris, 1884.

— Un cas d'hémichorée pleurétique. Revue de médecine, 1884.

Zankorowski. — Du rôle des vaso-moteurs dans la production des œdèmes. Revue des Sciences Médicales, janvier 1884.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)